

Матеріали конференції

Установлена залежність результатів від об'єму та адекватності спеціальної терапії після ретельного уточнення морфологічного підтипу та стадіювання пухлини. За результатами обстеження даної когорти пацієнтів, більшість з них (92,5%) мають супутні захворювання та/або наслідки хіміо-променевого та хірургічного лікування.

Висновки. Найбільшу виживаність хворих на нефробластому дітей досягнуто завдяки впровадженню терапевтичних рекомендацій SIOP, сучасної діагностичної та хірургічної техніки. Подальший прогрес можливий шляхом більш раннього виявлення пухлин (включення променевих скринінгових досліджень до плану диспансеризації), формування міждисциплінарних хірургічних бригад у складних ситуаціях на етапі локального контролю, зменшення токсичності хіміотерапії та небажаних впливів компонентів спеціального лікування.

Ключові слова: нефробластома, діти, комплексне лікування.

УДК 616.351-007.253-07-089.8-053.2

В.А. Дігтяр, О.М. Барсук, О.Г. Садовенко, М.О. Камінська, В.Г. Хомяков, С.В. Інюшин, І.В. Царьова

Діагностика і лікування парапроктитів у дітей

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР», м. Дніпро, Україна

Вступ. Одна з актуальних проблем у дитячій гнійній хірургії – парапроктити. Сучасні підходи до діагностики і лікування покращують наслідки цієї патології у дитячому віці. У дітей основною причиною виникнення парапроктиту є проникнення інфекції через анальні залози прямої кишки, пошкоджену слизову оболонку прямої кишки або пошкоджену шкіру у параректальній ділянці. У дітей раннього віку однією з причин парапроктитів є вроджена параректальна нориця.

Мета дослідження – аналіз результатів та розробка раціональної тактики лікування парапроктитів у дітей.

Матеріали і методи. Під спостереженням з 2011 р. по 2016 р. у відділенні гнійної хірургії обласної дитячої клінічної лікарні (КЗ «ДОДКЛ» ДОР) м. Дніпро перебували 148 дітей з діагнозом «Парапроктит». Діагноз парапроктиту ставився на підставі клінічних проявів захворювання і даних пальцевого ректального дослідження. З діагнозом «Гострий парапроктит» госпіталізовані 117 дітей, що склало 79,09%. Діагноз «Хронічний парапроктит» був виставлений 21 (14,19%) пацієнту. 10 (6,76%) дітей було проліковано з діагнозом «Природжена параректальна нориця».

У віці до 6 місяців життя надійшли на лікування 77 (52%) дітей, від 6 місяців до року – 13 (9%), від 1 до 3 років – 15 (10%), від 3 до 10 років – 19 (13%), діти старше 10 років – 24 (16%). Серед пацієнтів переважали хлопчики – 91,89%, дівчаток було лише 8,11%. При виконанні посіву, після оперативного втручання, у 95 (59%) дітей виділені різні мікроорганізми: *E. coli* – 19%, стафілококи – 24% (*St. aureus* – 15%, *St. epidermicus* – 7%, *St. faecalis* – 1,8%); грампозитивна та негативна флора виділена у 25 (15,5%), мікст-флора – у 16 (10%); у 8 (4,9%) дітей посів не дав росту.

Усім дітям, госпіталізованим до хірургічного відділення з діагнозом «Парапроктит» було проведено лікування: оперативне лікування – 140 випадків (94,6%), найбільш ефективним методом є «проведення нитки за Гіппократом». Консервативне лікування проводилося 8 (5,4%) дітям.

Результати. Усі діти одужали. Переважна більшість хворих на парапроктит – діти першого року життя. Це вказує на те, що в основі парапроктиту лежить вроджена патологія (повні та неповні кишкові нориці). Першим проявом нориць є гострий парапроктит. Якщо неповні нориці можливо вилікувати простим оперативним втручанням та правильним консервативним веденням, то повні нориці краще лікувати методом «проведення нитки за Гіппократом».

Висновки. Парапроктит переважно спостерігається у дітей раннього та молодшого віку (64%). Причиною парапроктитів у дітей раннього віку є вроджені параректальні нориці (повні та неповні). При повних параректальних норицях найбільш ефективним методом є «проведення нитки за Гіппократом».

Ключові слова: діагностика, лікування, парапроктити, діти.

УДК 616.34-007.44-002.1-07-089-053.2

В.А. Дігтяр, В.І. Сушко, О.М. Барсук, М.В. Савенко, С.В. Інюшин, О.П. Гладкий, С.В. Коваль, О.Г. Садовенко

Досвід діагностики та малоінвазивного лікування гострої інвагінації кишечника у дітей

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня» ДОР», м. Дніпро, Україна

Вступ. Попри велику кількість публікацій, спостережень та досліджень, гостра інвагінація кишечника не втрачає актуальності. Сучасна стратегія удосконалення діагностичного та лікувального забезпечення у дітей з інвагінацією кишечника спрямована на покращення методів своєчасної діагностики цієї патології та підвищення ефективності консервативного лікування [1,2,3,5].

Мета – покращення діагностики та результатів лікування дітей із гострою інвагінацією кишечника.

Матеріали і методи. Останніми роками під спостереженням знаходилось 889 дітей із гострою інвагінацією кишечника. Усі діти лікувалися в обласній дитячій лікарні м. Дніпропетровська. У 506 дітей успішно проведена класична дезінвагінація повітрям, 70 дітей (48 хлопчиків і 22 ді-

вчинки) були оперовані шляхом лапаротомії, що становить 12,2%. У 22 (31,4%) дітей кишка визнана нежиттєздатною, тому була проведена її резекція. У 48 (68,6%) дітей проведена успішна оперативна дезінвагінація. Останніми роками в клініці використовується метод лапароскопії у лікуванні дітей із гострою інвагінацією кишечника [4].

Результати. Для діагностики інвагінації кишечника переважно використовували метод пневмоколонографії та в 92% випадків отримували прямі радіологічні ознаки, що підтверджують діагноз інвагінації. Сонографічна діагностика була ефективною у 89% випадків.

У 254 (81%) пацієнтів ефективно використана консервативна дезінвагінація кишечника. Після безуспішної консервативної дезінвагінації у 54 дітей проведена лапароскопічна дезінвагінація, а у п'ятих випадках – хірургічне розправлення інвагінату шляхом лапаротомії.

Розподіл прооперованих дітей за віком відбувався наступним чином: до року – 39 (66%) дітей; від року до шести років – 17 (29%) дітей; старше шести років – 3 (5%) дітей.

Діти госпіталізовувалися в клініку з наступними термінами захворювання: до 12 годин від моменту захворювання – 10 дітей, 13–24 години – 15 (25%), понад 24 години – 34 (60%) дитини.

У 73% випадках (42 дитини із 59) кишечник визнаний життєздатним після лапароскопічної дезінвагінації, і на цьому етапі лікування закінчувалося. У 16 випадках була виконана резекція нежиттєздатного відділу кишечника з накладенням кишкового анастомозу. У 11 із 59 дітей виявлено дивертикул Меккеля і проведено його резекцію.

Висновки. Абдомінальне ехографічне дослідження має стати одним з основних методів діагностики інвагінації кишечника. Консервативний метод лікування інвагінації кишечника ефективний у середньому у 81% випадків. Протипоказанням до консервативної дезінвагінації є: перитоніт, виразна кишкова непрохідність, шок. Застосування лапароскопічного контролю у поєднанні з накладенням пневмоколону в умовах міорелаксації та ендотрахеального наркозу є оптимальним за неефективності консервативної дезінвагінації і дозволяє більш ніж наполовину знизити не тільки травматичність оперативного лікування, але й кількість класичних лапаротомій.

Література

1. Діагностика та сучасне лікування інвагінації кишечника у дітей / Дігтяр В.А. Сушко В.І., Барсук О.М. [та ін]. – Дніпропетровськ, 2014. – 144 с.
2. Ashcraft's Pediatric Surgery / George Holcomb Jerry Murphy Daniel Ostlie [et al.]. – 3th ed. – W.B.: Saunders Company, 2014. – P.531539.
3. Pediatric surgery. Diagnosis and Management / P. Puri, M.E. Höllwarth (Eds.). – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2009.
4. Хирургия детского возраста: учебник / В.И. Сушко, Д.Ю. Кривченко, В.А. Дехтярь [и др.]; под ред. В.И. Сушко, Д.Ю. Кривченко. – Киев: Медицина, 2014. 586 с.
5. Childhood intussusception: a 9-year review / Ugwu B.T., Legbo J.N., Dakum N.K. [et al.] // Ann-Trop-Paediatr. – 2000. – Vol.20(2). – P.131–136.

І.Л. Дородних, В.С. Селюк, В.Ф. Мартинюк, В.В. Дидюк, О.І. Долук

Досвід лікування варикоцеле у Волинському обласному дитячому територіальному медичному об'єднанні

Волинська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Луцьк, Україна

Мета дослідження – виявлення переваг лапароскопічного методу хірургічного лікування варикоцеле у дітей.

Матеріали і методи. Проведено аналіз лікування 596 пацієнтів з варикоцеле шляхом лапароскопічного кліпсування та перев'язування лівої внутрішньої сім'яної вени та відкритим методом протягом 2010 – першого півріччя 2017 років.

Результати. Варикозне розширення вен сім'яного канатика супроводжується ураженням тестикулярної тканини і займає провідне місце серед причин чоловічого безпліддя. Уведення в практику малоінвазивних оперативних втручань при варикоцеле дозволяє відмітити їх наступні переваги порівняно з проведенням оперативних втручань традиційними відкритими методами: зменшення кількості рецидивів варикоцеле, можливість повноцінного огляду черевної порожнини всіма членами хірургічної бригади, мікрохірургічний рівень проведення оперативних втручань завдяки багаторазовому збільшенню зображення внутрішньої сім'яної вени та оточуючих елементів на екрані монітора, зменшення операційної травми (у тому числі збереження дрібних лімфатичних судин навколо лівої внутрішньої сім'яної вени), скорочення часу проведення оперативного втручання та часу перебування хворих у стаціонарі.

Висновки. Лапароскопічне кліпсування та перев'язування лівої внутрішньої сім'яної вени слід вважати операцією вибору при варикоцеле у хірургії дитячого віку.

УДК 616.33-053.2-007.272-072.1-089.819

О.Г. Дубровін, І.В. Коломоєць, Д.І. Вороняк, Л.О. Трембач

Мініінвазивне ендоскопічне лікування дітей із частковою непрохідністю вихідних відділів шлунка, спричиненою післявиразковими стенозами

*Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ, Україна
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

У дітей часткова непрохідність вихідних відділів шлунка як ускладнення виразкової хвороби є рідкісним захворюванням. Порушення прохідності вихідних відділів шлунка при виразковій хворобі зазвичай обумовлено поєднанням набряку, спазму, рубцевого стенозу та атонії шлунка. У літературі є багато інформації про методи лікування часткової непрохідності вихідних відділів шлунка у дорослих, а у дітей – даних недостатньо. Є лише декілька повідомлень про досвід застосування ендоскопіч-